

Aldona Michałek-Janiczek*

LEGALIZACJA EUTANAZJI I SAMOBÓJSTWA WSPOMAGANEGO W LUKSEMBURGU

I. Wprowadzenie

Problematyka dopuszczalności decydowania człowieka o momencie swej śmierci od dawna budzi żywe dyskusje i dzieli społeczeństwa europejskie na dwa przeciwstawne obozy: przeciwników i zwolenników przyznania jednostce tego prawa. W kontekście rozwiązań legislacyjnych przyjmowanych w tym zakresie przez poszczególne kraje istnieje znaczna różnorodność, która jest dowodem na to, że rozwiązania te są w dużym stopniu zależne od czynników religijnych, społecznych i politycznych danego kraju oraz głęboko zakorzenione w tradycji i kulturze. Dotychczas tylko trzy państwa w Europie¹

* Dr Aldona Michałek-Janiczek – Europejski Trybunał Praw Człowieka (poglądy wyrażone przez autorkę są jej własnymi poglądami i nie odzwierciedlają w jakimkolwiek zakresie oficjalnego stanowiska Europejskiego Trybunału Praw Człowieka lub Rady Europy).

¹ Na świecie eutanazja jest legalna także w Kolumbii, gdzie jej dopuszczalność wynika z orzeczenia Sądu Konstytucyjnego, wydanego w maju 1997 roku w wyniku skargi konstytucyjnej. Natomiast samobójstwo wspomagane jest dopuszczalne w stanie Oregon Stanów Zjednoczonych Ameryki, który uregulował kwestie związane z pomocą w samobójstwie w *Death with Dignity Act*, przyjętej w referendum w listopadzie 1994 roku (M. Szeroczyńska, *Eutanazja i samobójstwo wspomagane na świecie*, Kraków 2004, s. 224 i 361–362). Ponadto w Szwajcarii dopuszcza się pomoc w samobójstwie na mocy wykładni *a contrario* przepisów kodeksu karnego zakazujących jej udzielania ze względów egoistycznych (por. O. Guilloid i A. Schmidt, *Assisted suicide under Swiss law*, *European Journal of Health Law* 2005, nr 12, s. 26).

dokonały depenalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego,² czyli czynów, które prowadzą do zakończenia życia na żądanie nieuleczalnie chorego i cierpiącego człowieka. Pierwsza była Holandia, która dokonała depenalizacji w 2002 roku. Śladem Holandii podążyła w 2003 roku Belgia, a w 2009 roku Luksemburg. Przedmiotem niniejszego artykułu będą luksemburskie przepisy depenalizacyjne i droga do ich wprowadzenia.

Na wstępie należy podkreślić, że pozostałe kraje europejskie utrzymują w tym zakresie zakaz, przyjmując jednakże różne rozwiązania legislacyjne. W odniesieniu do eutanazji jej karalność znajduje podstawę w przepisach sankcjonujących zabójstwo zwykle (np. Francja, Wielka Brytania, Szwecja, Czechy, czy Lichtenstein) lub w przepisach przewidujących zabójstwo eutanatyczne jako uprzywilejowany typ zabójstwa (np. Niemcy, Włochy, Austria, Dania, Finlandia, Portugalia, Norwegia, Polska, Szwajcaria, Grecja). W odniesieniu do samobójstwa wspomaganego porządku prawne mogą karać je w oparciu o przepisy dotyczące nieudzielania pomocy osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie (np. Francja, Niemcy) lub mogą wprowadzać specjalny typ przestępstwa pomocy w samobójstwie (np. Wielka Brytania, Hiszpania, Włochy, Portugalia, Austria, Grecja, Dania, Norwegia, Czechy).³

II. Debata publiczna nad eutanazją i samobójstwem wspomaganym oraz prace parlamentarne

Debata w parlamencie luksemburskim, a następnie prace nad ustawodawstwem depenalizującym trwały 13 lat i doprowadziły do przyjęcia w dniu 16 marca 2009 roku ustawy w dużym stopniu zbieżnej z przepisami

² Samobójstwo medycznie wspomagane jest pojęciowo bardzo bliskie eutanazji i w wielu przypadkach rozróżnienie tych dwóch rodzajów działań jest trudne. Cechą odróżniającą jest fakt, że w przypadku samobójstwa wspomaganego chory sam dokonuje ostatecznego aktu spowodowania śmierci, natomiast podczas eutanazji aktu tego dokonuje lekarz. W przypadku samobójstwa wspomaganego udział lekarza w doprowadzaniu do śmierci pacjenta jest zatem pośredni (por. raport kanadyjskiego senatu *De la vie et de la mort – rapport final du comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide*, zamieszczony na stronie internetowej: www.parl.gc.ca).

³ Dane na temat rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach pochodzą z opublikowanego 20 stycznia 2003 roku raportu *Komitetu kierowniczego ds. bioetyki Rady Europy* (CDBI) dotyczącego prawa i praktyki w zakresie eutanazji i innych decyzji związanych z końcem życia (dokument zamieszczony na stronie internetowej Rady Europy: <http://www.coe.int/>).

obowiązującymi w Belgii⁴ i Holandii.⁵ W 1989 roku, jeszcze zanim temat legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego pojawił się w kalendarzu prac luksemburskiego parlamentu, powstały dwa stowarzyszenia zajmujące się problematyką końca życia człowieka, a w szczególności łagodzenia cierpienia i towarzyszenia umierającym. Te dwa stowarzyszenia kierują się jednak odmienną filozofią. Pierwsze z nich – ADMD-L (*Association pour le droit de mourir en dignité – Luxembourg*/ Stowarzyszenie na rzecz prawa do umierania w godności – Luksemburg) ujmuje prawo do umierania w godności jako prawo do decydowania o momencie własnej śmierci, podczas gdy stowarzyszenie Omega 90 wspiera medycynę paliatywną i pozostaje ostrożne w kwestii eutanazji i samobójstwa wspomaganego.⁶

Publiczną debatę nad legalizacją eutanazji i samobójstwa wspomaganego otworzyła w 1996 roku interpelacja poselska złożona przez Jeana Husa, jednego z dwóch autorów przedstawionego później projektu ustawy depenalizacyjnej. W wyniku tej pierwszej debaty w Izbie Deputowanych powołano specjalną Krajową Komisję Konsultacyjną ds. Etyki (*Commission Consultative Nationale d’Ethique*), powierzając jej zdefiniowanie działań, jakie należy podjąć w przyszłości w zakresie zasadniczych kwestii dotyczących śmierci osoby znajdującej się w terminalnym stadium poważnej i nieuleczalnej choroby.

W lutym 1998 roku Krajowa Komisja Konsultacyjna ds. Etyki wydała opinię dotyczącą pomocy w samobójstwie i eutanazji. Z kolei na wiosnę 1999 roku odbyła się debata na temat medycyny paliatywnej, uporczywej terapii i eutanazji (*débat d’orientation sur la médecine palliative, l’acharnement thérapeutique et l’euthanasie*).⁷ Projekt ustawy legalizującej eutanazję i samobójstwo wspomagane został złożony w 2001 roku i wywołał burzliwą dyskusję w społeczeństwie luksemburskim, silnie przywiązanim do wartości katolickich. Także większość środowiska lekarskiego była przeciwna projektowi.⁸

⁴ Por. tekst ustawy belgijskiej na stronie internetowej parlamentu belgijskiego: <http://www.lachambre.be/>

⁵ Por. tekst ustawy holenderskiej w: *Selected legislation and jurisprudence, The Netherlands*, European Journal of Health Law 2001, nr 8, s. 183–191.

⁶ Proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, N° 4909, Chambre des députés, Session ordinaire 2001–2002.

⁷ Proposition de loi sur le droit de mourir en dignité, *op.cit.*

⁸ *Le Luxembourg va dépénaliser l’euthanasie*, La Croix z 22 lutego 2008 roku.

Autorami projektu byli posłanka partii socjalistycznej Lydie Err i wspomniany już Jean Huss, poseł partii ekologów. Jean Huss broniąc projektu twierdził, że ustawa położy kres hipokryzji, podnosił, że eutanazja i pomoc w samobójstwie praktykowane są przez lekarzy potajemnie, a wielu Luksemburczyków wyjeżdża do Szwajcarii, by zakończyć tam swe pełne cierpienie życie.⁹ Lydie Err zapewniała natomiast, że ustawa jest wyrazem prawa do samostanowienia człowieka, a przepisy zostały tak skonstruowane, by tylko sam chory mógł podjąć decyzję o zakończeniu swego życia.¹⁰

Przeciwnicy pierwotnego projektu poddali go stanowczej krytyce argumentując, że założenia projektu idą zbyt daleko. Projekt zakładał zwolnienie z odpowiedzialności karnej lekarza, który dokonał eutanazji wobec pacjenta pełnoletniego lub małoletniego upełnoletnionego, zdolnego do podejmowania decyzji i świadomego w momencie żądania, a także pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, pod warunkiem wyrażenia zgody przez jego opiekuna prawnego. Ponadto w projekcie ustawy nie było wymogu, by żądanie eutanatyczne zostało sformułowane na piśmie.¹¹

Mimo silnej krytyki, w dniu 19 lutego 2008 roku parlament Luksemburga przyjął w pierwszym czytaniu ustawę legalizującą eutanazję i samobójstwo wspomagane (większością 30 głosów za przy 26 przeciw). Ustawie była przeciwna partia chadecka¹² (*parti chrétien social* – CSV), z której pochodzi premier Luksemburga – Jean-Claude Juncker.¹³ Projekt został przyjęty dzięki poparciu posłów socjalistycznych, liberałów i zielonych.¹⁴

W odpowiedzi na rozpoczęcie procedury ustawodawczej zmierzającej do legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomagane w marcu 2008 roku powstała obywatelska *Akcja na rzecz życia i przeciwko eutanazji* (*Action pour la vie et contre l'euthanasie*). Skupia ona osoby pochodzące z różnych

⁹ W sprawie dopuszczalności pomocy w samobójstwu wspomaganego w Szwajcarii por. przypis 1.

¹⁰ *Le Luxembourg devient le troisième pays de l'UE à dépénaliser l'euthanasie*, Agence France Presse z 20 lutego 2008 roku.

¹¹ *Explication. Le pouvoir en crise au Luxembourg à cause d'une loi sur l'euthanasie*, La Croix z 18 grudnia 2009 roku.

¹² Partia chrześcijańska uzasadniała swój sprzeciw wskazując na groźbę „banalizacji aktu eutanazji” (*Le Luxembourg dépénalise l'euthanasie*, Le Figaro z 21 lutego 2008 roku).

¹³ Reuters, Aktualności w język francuskim z 20 lutego 2008 roku, *Le Luxembourg dépénalise...*

¹⁴ *Le Luxembourg devient...*

kręgów społecznych, które sprzeciwiają się legalizacji eutanazji i opowiadają się za opieką paliatywną.¹⁵

Kolejne głosowanie w parlamencie luksemburskim nad projektem ustawy odbyło się w dniu 18 grudnia 2008 roku. Projekt został przyjęty 31 głosami za, przy 26 głosach przeciw i 3 wstrzymujących się. Ponieważ od czasu poprzedniego głosowania do projektu wprowadzono wiele zmian na wniosek Rady Stanu,¹⁶ nad projektem głosowano po raz drugi w pierwszym czytaniu¹⁷. Najważniejsza zmiana polegała na tym, że w pierwotnym projekcie prawo do przedstawienia żądania eutanatycznego przyznano osobom małoletnim, podczas gdy zmieniony projekt daje prawo do eutanazji i samobójstwa wspomaganego jedynie osobom pełnoletnim.¹⁸

Zgodnie z Konstytucją, w brzmieniu obowiązującym w czasie głosowania parlamentu nad ustawą depenalizującą, wszystkie ustawy po ich przyjęciu przez parlament wymagały zatwierdzenia przez Wielkiego Księcia Luksemburga. Jednakże w tym przypadku obecnie panujący Książę Henryk odmówił zatwierdzenia ustawy twierdząc, że byłoby to sprzeczne z jego sumieniem. Spowodowało to poważny kryzys konstytucyjny.¹⁹ Aby rozwiązać ten problem, premier Luksemburga musiał uciec się do zmiany Konstytucji,²⁰ tak by ustawy nie wymagały już zatwierdzenia, ale jedynie promulgacji dokonywanej przez Księcia.²¹ Przed zmianą Konstytucja przewidywała, że Książę zatwierdza i ogłasza ustawy w terminie trzech miesięcy po ich przyjęciu przez parlament,

¹⁵ Zob. szerzej informacje na stronie internetowej Akcji: www.euthanasie.lu/.

¹⁶ Rada Stanu pełni w Luksemburgu rolę wyższej izby parlamentu.

¹⁷ Ze względu na wprowadzenie do projektu ustawy istotnych zmian został on potraktowany jako nowy projekt, a w związku z tym proces ustawodawczy rozpoczął się niejako na nowo – pierwszym czytaniem w parlamencie.

¹⁸ *Luxembourg: l'euthanasie legalisée*, Le Figaro z 18 grudnia 2008 roku.

¹⁹ Kryzys konstytucyjny spowodowany ustawą depenalizującą eutanazję i samobójstwo wspomagane był najpoważniejszy od 1919 roku, kiedy Wielka Księżna Maria Adelajda zerwała z neutralnością polityczną, aby poprzeć partię chadecką w sporze wokół ustawy ograniczającej wpływ kościoła na szkolnictwo. Księżna abdykowała, a ustrój kraju jako monarchii konstytucyjnej został potwierdzony w drodze referendum. Później żaden władca Wielkiego Księstwa Luksemburga nie sprzeciwił się już decyzji parlamentu (*Crise au Luxembourg..., op.cit.*).

²⁰ Aby zapobiec zmianie Konstytucji zmierzającej ku osłabieniu władzy Wielkiego Księcia należałoby zebrać 25 tysięcy podpisów pod wnioskiem złożonym w tym celu do premiera przez co najmniej pięciu obywateli wpisanych na listy wyborcze. W ten sposób proces rewizji Konstytucji zostałby zablokowany. Tak się jednak nie stało i Konstytucja została zmieniona (*Explication. Le pouvoir en crise au Luxembourg...*).

²¹ *Euthanasie – Luxembourg: Le grand-duc sanctionné*, International z 2 grudnia 2008 roku.

co stanowi warunek konieczny wejścia ustawy w życie. Książę zatwierdzając ustawy, wyrażał zatem swą opinię na temat nowego prawa; akceptował je i wyrażał zgodę na ich przyjęcie. Obecnie Wielki Książę Luksemburga jedynie podpisuje ustawy, aby zaznaczyć zakończenie procesu legislacyjnego.²² Taka zmiana czyni z Luksemburga monarchię czysto protokolarną.²³

Ostatecznie ustawa depenalizująca eutanazję i samobójstwo wspomagane, a także regulująca inne kwestie dotyczące końca życia człowieka, została ogłoszona 16 marca 2009 roku. Obejmuje ona dwie części, które zostaną omówione kolejno poniżej, zwane wspólnie *Ustawodawstwem regulującym opiekę paliatywną, a także eutanazję i samobójstwo wspomagane* (*Législation réglemant les soins palliatifs ainsi que l'euthanasie et l'assistance au suicide*). Ustawodawca luksemburski zajął się zatem kompleksowo problematyką związaną z końcem życia człowieka, słusznie zakładając, że warunkiem wstępnym depenalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego musi być ustanowienie podmiotowego prawa do opieki paliatywnej. Tylko bowiem powszechny dostęp do opieki paliatywnej może zapobiec sytuacji, w której cierpiący pacjenci będą żądać przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie ze względu na niedostateczny dostęp do środków przeciwbólowych oraz do odpowiedniej opieki psychologicznej, które są podstawowymi elementami opieki paliatywnej.

III. Ustawa z 16 marca 2009 roku w sprawie opieki paliatywnej, dyrektyw antycypowanych i towarzyszenia człowiekowi na końcowym etapie życia²⁴

Ustawa wprowadza prawo do opieki paliatywnej, stanowiąc w art. 1, że każda osoba znajdująca się w zaawansowanym lub terminalnym stadium poważnej i nieuleczalnej choroby, niezależnie od jej przyczyny, ma dostęp do opieki paliatywnej.²⁵

²² D. Charter, *Grand Duke Henri of Luxembourg opposes euthanasia and losses power*, The Times z 4 grudnia 2008 roku.

²³ *Le Luxembourg légalise l'euthanasie*, www.20min.ch z 17 marca 2009 roku.

²⁴ *Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant [...]* (ustawa nr 46/2009), por. tekst ustawy na stronie internetowej ustawodawstwa luksemburskiego: <http://www.legilux.public.lu/>.

²⁵ Ustawa definiuje opiekę paliatywną jako aktywne, ciągłe i skoordynowane środki stosowane przez wielodyscyplinarny zespół przy poszanowaniu godności leczonej osoby.

W ustawie uregulowano także kwestie związane z uporczywą terapią.²⁶ Artykuł 2 ustawy stanowi, że lekarz, który w przypadku pacjenta będącego w zaawansowanym lub terminalnym stadium poważnej i nieuleczalnej choroby nie przeprowadza badań lub leczenia, nie podlega odpowiedzialności karnej ani cywilnej, jeśli to leczenie lub badania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy nie zapewnią choremu ani ulgi w cierpieniu, ani poprawy stanu zdrowia, ani też nie dają żadnej nadziei na wyleczenie. Takie rozwiązanie zasługuje na pozytywną ocenę. Zapobiega ono bowiem przedłużaniu życia chorego za pomocą środków nienaturalnych, które nie mogą już zapewnić mu żadnych korzyści, kosztem jego kolejnych i często trudnych do zniesienia cierpień.

Ponadto ustawa wyraźnie odnosi się do eutanazji pośredniej, czyli leczenia przeciwbólowego, którego efektem ubocznym może być przyspieszenie śmierci pacjenta.²⁷ Zgodnie z art. 3 ustawy w przypadku, gdy lekarz stwierdza, że może skutecznie złagodzić fizyczne i psychiczne cierpienia pacjenta znajdującego się w zaawansowanym lub terminalnym stadium choroby jedynie poprzez zastosowanie leczenia, które może przyspieszyć śmierć, musi poinformować o tym pacjenta i uzyskać jego zgodę.

W odniesieniu do prawa określanego jako samostanowienie pacjenta w sytuacjach końca życia art. 5 ustawy przewiduje, że każda osoba może wyrazić w dokumencie zwanym dyrektywą antycypowaną (*directive anticipée*) swą wolę dotyczącą warunków ograniczenia i zakończenia leczenia na wypadek, gdy znajdzie się w zaawansowanym lub terminalnym stadium poważnej oraz

Jej celem jest zaspokojenie wszystkich potrzeb fizycznych, psychicznych i duchowych osoby leczonej. Obejmuje ona zatem leczenie bólu fizycznego i cierpienia psychicznego.

²⁶ Uporczywa terapia to zwalczanie choroby w momencie, gdy nie ma już żadnej nadziei na poprawę stanu zdrowia oraz kontynuowanie zabiegów, kiedy jest pewne, że nie przyniosą one pozytywnych skutków. Takie postępowanie nazywa się także dystanacją. Uporczywa terapia jest zatem odraczaniem śmierci za pomocą środków intensywnej opieki medycznej, stosowaniem wobec pacjenta wszelkich znanych metod w przypadku, gdy chory jest w każdym razie skazany na śmierć (por. X. Dijon, *Le Sujet de droit en son corps: une mise à l'épreuve du droit subjectif*, *Travaux de la faculté de Droit de Namur* 1982, nr 764, s. 526).

²⁷ Z sytuacją taką będziemy mieć do czynienia w przypadku, gdy podawana pacjentowi skuteczna dawka przeciwbólowa leku zbliża się do dawki śmiertelnej (letalnej), a w związku z tym niesie ryzyko spowodowania śmierci (por. S.W. Sahm, *Palliative Care versus Euthanasia. The German Position: The German General Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill*, *Journal of Medicine and Philosophy* 2000, vol. 25, nr 2, s. 201–202).

nieuleczalnej choroby i nie będzie już w stanie komunikować swej woli.²⁸ Dyrektywę antycypowaną można zmienić lub unieważnić w każdej chwili. Powinna być sporządzona na piśmie, opatrzona datą i podpisana przez jej autora.²⁹

Zgodnie z art. 6 ustawy lekarz powinien uwzględnić dyrektywę antycypowaną, która jest załączona do dokumentacji medycznej lub o której w jakikolwiek inny sposób powziął wiadomość. Lekarz ocenia, czy zaistniała sytuacja odpowiada sytuacji opisanej w dyrektywie i uwzględnia postęp medyczny, jaki dokonał się od czasu sporządzenia dyrektywy. Dyrektywy nie mają więc bezwzględnie wiążącego charakteru. Przepis artykułu 6 należy interpretować w ten sposób, że lekarz powinien co do zasady postępować zgodnie z dyrektywami antycypowanymi, chyba że uzna, iż straciły one swą ważność z uwagi na zbyt długi okres czasu, jaki upłynął między ich sporządzeniem a podejmowaniem interwencji medycznej lub w przypadku, gdy miał miejsce znaczny postęp naukowy. Instytucja dyrektyw antycypowanych z jednej strony umożliwia choremu realizację jego woli także wtedy, gdy znajdzie się on w stanie braku świadomości, a z drugiej strony ułatwia lekarzom podejmowanie decyzji dotyczących zaprzestania lub ograniczenia leczenia niekompetentnego pacjenta, które należą do najtrudniejszych w praktyce medycznej.

IV. Ustawa z dnia 16 marca 2009 roku w sprawie eutanazji i samobójstwa wspomaganego³⁰

Depenalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego dokonano w Luksemburgu poprzez wprowadzenie do kodeksu karnego art. 397-1³¹ w brzmieniu:

²⁸ W dyrektywie antycypowanej można wyznaczyć także osobę zaufania, której lekarz będzie musiał wysłuchać, gdy osoba znajdująca się w końcowym stadium choroby nie będzie już w stanie wyrazić swej woli.

²⁹ W przypadku gdy autor tych dyrektyw, mimo że może wyrażać swą wolę, jest w stanie uniemożliwiającym mu ich napisanie i podpisanie dokumentu, może zwrócić się do dwóch świadków, aby poświadczili, że dokument, którego nie był w stanie sporządzić samodzielnie, jest wyrazem jego swobodnie i świadomie wyrażonej woli.

³⁰ *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide* (ustawa nr 46/2009) (por. tekst ustawy na stronie internetowej ustawodawstwa luksemburskiego: <http://www.legilux.public.lu/>).

³¹ Art. 397 kodeksu karnego przewiduje przestępstwo otrucia podlegające karze dożywotniego pozbawienia wolności: „*Est qualifié empoisonnement le meurtre commis par le moyen*

„Nie podlega zastosowaniu przepisów niniejszego artykułu sytuacja, w której lekarz wykonuje żądanie przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie, przestrzegając istotnych wymogów, o których mowa w ustawie z dnia 16 marca 2009 roku w sprawie eutanazji i samobójstwa wspomaganego”.³²

Na wstępie warto zaznaczyć, że żaden lekarz nie ma obowiązku przeprowadzania eutanazji lub udzielania pomocy w samobójstwie. Tę autonomię gwarantuje lekarzom art. 15 ustawy. Jednakże jeśli lekarz odmawia przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie, jest zobowiązany poinformować o tym w ciągu 24 godzin pacjenta (lub osobę zaufania, jeśli taka została wyznaczona), wyjaśniając przyczyny odmowy.

Ustawa definiuje eutanazję jako akt dokonywany przez lekarza, który umyślnie kładzie kres życiu osoby na jej wyraźne i dobrowolne żądanie. Natomiast pomoc w samobójstwie to świadoma pomoc udzielona przez lekarza innej osobie w popełnieniu przez nią samobójstwa lub dostarczenie jej środków w tym celu, na wyraźne i dobrowolne jej żądanie. Należy wyraźnie podkreślić, że zarówno dokonanie eutanazji, jak i udzielenie pomocy w samobójstwie jest dopuszczalne jedynie w relacji pacjent-lekarz i tylko w celu skrócenia cierpień związanych z nieuleczalną chorobą pacjenta.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy lekarz wykonujący eutanazję lub udzielający pomocy w samobójstwie nie podlega odpowiedzialności karnej ani cywilnej w przypadku gdy spełnione są następujące warunki:

1) pacjent jest pełnoletni, zdolny do podejmowania decyzji i świadomy w czasie składania żądania;

2) żądanie zostało sformułowane w sposób dobrowolny, przemyślany, w stosownym przypadku³³ zostało powtórzone i nie jest wynikiem presji wywieranej z zewnątrz;

de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées. Il sera puni de la réclusion à vie” (por. tekst kodeksu na stronie ustawodawstwa luksemburskiego: <http://www.legilux.public.lu>).

³² „Art. 397-1. *Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*”.

³³ Wymóg powtórnego wyrażenia żądania przez pacjenta zależy od okresu czasu, jaki upływa pomiędzy wyrażeniem przez pacjenta żądania a wykonaniem eutanazji lub udzieleniem pomocy w samobójstwie i służy upewnieniu się, czy w okresie tym pacjent nie zmienił zdania. Długość okresu prowadzącego do powstania tego wymogu nie została jednak w ustawie określona.

3) pacjent znajduje się w sytuacji medycznej „bez wyjścia”, jego cierpienie fizyczne lub psychiczne jest trwałe i nie do zniesienia, brak jest perspektywy na poprawę tego stanu zdrowia, który jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

4) żądanie pacjenta dotyczące przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie zostało sporządzone na piśmie.³⁴

Przed przystąpieniem do przeprowadzenia eutanazji lub udzieleniem pomocy w samobójstwie lekarz musi przestrzegać następujących wymogów formalnych i proceduralnych, określonych w art. 2 ust. 2 ustawy:

1) lekarz musi poinformować pacjenta o stanie jego zdrowia i przewidywanej długości życia, musi upewnić się, że pacjent rozumie znaczenie żądania przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie i rozważyć wraz z pacjentem możliwości terapeutyczne, jakie jeszcze mogą być zastosowane, a także możliwości, jakie oferuje opieka paliatywna i jej skutki. Lekarz musi dojść do przekonania, że żądanie pacjenta jest dobrowolne i że nie istnieje żadne inne rozwiązanie, które można byłoby w jego sytuacji zaakceptować;

2) lekarz musi upewnić się co do trwałego charakteru cierpienia fizycznego lub psychicznego pacjenta i jego woli wyrażonej w ostatnim czasie i odpowiednio potwierdzonej. W tym celu przeprowadza z pacjentem wiele rozmów, oddzielonych rozsądnym okresem czasu, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta;

3) w odniesieniu do poważnego i nieuleczalnego charakteru choroby pacjenta oraz trwałego fizycznego lub psychicznego cierpienia, trudnego do zniesienia i niemającego perspektyw na poprawę, lekarz musi zasięgnąć opinii innego bezstronnego lekarza, specjalizującego się w zakresie danej choroby, określając przyczynę tych konsultacji;

4) z zastrzeżeniem sprzeciwu pacjenta, lekarz musi omówić żądanie pacjenta z personelem medycznym sprawującym nad pacjentem stałą opiekę;

5) z zastrzeżeniem sprzeciwu pacjenta, lekarz musi porozumieć się z osobą zaufania, jeśli została ona wyznaczona przez pacjenta;

6) lekarz musi upewnić się, że pacjent miał okazję przedyskutować swe żądanie ze wszystkimi osobami zgodnie z jego wolą;

³⁴ Żądanie chorego powinno być podpisywane przez pacjenta. Jeśli pacjent znajduje się w sytuacji uniemożliwiającej mu zredagowanie i podpisanie żądania, jest ono sporządzane przez wybraną przez niego osobę dorosłą.

7) lekarz musi zasięgnąć informacji w Krajowej Komisji ds. Kontroli i Oceny³⁵ (*Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation*, zwanej dalej „Komisją”), czy w imieniu pacjenta zostały zarejestrowane postanowienia dotyczące końca życia, o których mowa poniżej.

Zgodnie z art. 4 ustawy każda osoba pełnoletnia i zdolna do podejmowania decyzji może na wypadek, gdy nie będzie mogła wyrazić swej woli, określić w sporządzanych na piśmie postanowieniach dotyczących końca życia (*dispositions de fin de vie*) okoliczności i warunki, w jakich życzy sobie, by poddano ją eutanazji, jeśli lekarz stwierdzi, że:

- 1) cierpi ona na poważną i nieuleczalną chorobę,
- 2) jest nieświadoma,
- 3) sytuacja ta według aktualnego stanu wiedzy jest nieodwracalna.

Lekarz, który wykonuje eutanazję w wyżej opisanej sytuacji zgodnie z postanowieniami dotyczącymi końca życia nie podlega odpowiedzialności karnej ani cywilnej. Ponadto lekarz przed przeprowadzeniem eutanazji musi w każdym przypadku przestrzegać warunków formalnych i proceduralnych określonych w sposób analogiczny do tych, których musi przestrzegać w przypadku pacjenta świadomego.³⁶

Postanowienia dotyczące końca życia mogą być sporządzone w każdym czasie, powinny być sporządzone na piśmie i podpisane przez składającego oświadczenie.³⁷ Są one rejestrowane w ramach oficjalnego systemu prowa-

³⁵ Komisja składa się z dziewięciu członków, spośród których trzech posiada tytuł doktora medycyny, jeden jest proponowany przez kolegium medyczne, dwóch wyznacza najbardziej reprezentatywna organizacja zrzeszająca lekarzy (jeden z nich posiada specjalistyczne doświadczenie i kwalifikacje w zakresie łagodzenia bólu); a trzy pozostałe osoby posiadają wykształcenie prawnicze. Mandat członków Komisji trwa trzy lata i może być trzykrotnie odnowiony. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów, przy kworum wynoszącym siedmiu członków.

³⁶ A zatem lekarz: 1) musi skonsultować się z innym bezstronnym lekarzem, specjalizującym się w zakresie danej choroby, co do poważnego i nieuleczalnego charakteru choroby, określając przyczynę tych konsultacji; 2) musi porozumieć się w odniesieniu do sporządzonych przez pacjenta postanowień dotyczących końca życia z personelem medycznym pozostającym w stałym kontakcie z pacjentem, jeśli taki personel istnieje; 3) jeśli w postanowieniach dotyczących końca życia wyznaczono osobę zaufania, musi porozumieć się z tą osobą, a także z bliskimi pacjenta, których ta osoba wyznaczy, w sprawie żądania pacjenta.

³⁷ Jeśli osoba, która pragnie sporządzić postanowienia dotyczące końca, nie ma fizycznej możliwości, aby je zredagować i podpisać, postanowienia te mogą być sporządzone na piśmie przez wybraną przez nią osobę dorosłą w obecności dwóch dorosłych świadków. W tym przypadku do postanowień dotyczących końca życia należy dołączyć zaświadczenie medyczne potwierdzające tę stałą niemożność fizyczną.

dzanego przez Komisję. Postanowienia te mogą być potwierdzone, wycofane lub zmienione w każdym czasie. Komisja ma obowiązek zwracania się co pięć lat, począwszy od daty zgłoszenia postanowień do rejestru, o potwierdzenie woli oświadczającego. Eutanazja nie może być jednak wykonana, jeśli lekarz w jakikolwiek sposób poweźmie wiadomość, że oświadczający po sporządzeniu należycie zarejestrowanych postanowień wyraził wolę, by wycofać żądanie wykonania eutanazji.

Postanowienia dotyczące końca życia są kolejną instytucją, obok dyrektyw antycypowanych, mającą na celu zapewnienie prawa do samostanowienia osobie, która utraciła zdolność do komunikowania swej woli.

Lekarz w ciągu ośmiu dni zgłasza Komisji przy użyciu specjalnego dokumentu każdy przypadek przeprowadzenia eutanazji (czy to na podstawie bezpośredniego żądania chorego, czy też postanowień dotyczących końca życia) lub udzielenia pomocy w samobójstwie. Dokument składa się z dwóch części. Pierwsza z nich jest zapieczętowana przez lekarza i zawiera dane osobowe pacjenta, lekarza dokonującego eutanazji lub udzielającego pomocy w samobójstwie, lekarza, którego opinii zasięgnięto oraz dane osobowe wszystkich innych osób, z którymi lekarz przeprowadził konsultacje. Pierwsza część dokumentu jest poufna i może być ujawniona tylko po podjęciu stosownej decyzji przez Komisję.

Druga część dokumentu zawiera dane wskazujące:

- czy istnieją postanowienia dotyczące końca życia lub żądanie eutanazyjne albo żądanie udzielenia pomocy w samobójstwie;
- wiek i płeć pacjenta;
- oznaczenie poważnej i nieuleczalnej choroby będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub poważnej i nieuleczalnej choroby patologicznej, na jaką cierpi pacjent;
- charakter cierpienia, który został uznany za trwały i nie do zniesienia;
- powody, dla których stan pacjenta został zakwalifikowany jako nierokujący perspektyw na poprawę;
- informacje, które umożliwiły lekarzowi upewnienie się, że żądanie zostało sformułowane w sposób swobodny, przemyślany i nie było wynikiem zewnętrznej presji;
- procedurę zastosowaną przez lekarza;
- kwalifikacje lekarza lub lekarzy, z którymi przeprowadzono konsultacje, opinie i daty tych konsultacji;

– osoby i specjalistę, z którymi lekarz przeprowadził konsultacje oraz daty tych konsultacji;

– dokładne okoliczności, w których lekarz przeprowadził eutanazję lub udzielił pomocy w samobójstwie i środki, jakie w tym celu zastosował.

Komisja na podstawie drugiej części dokumentu bada, czy zostały spełnione wymogi i procedura przewidziane w ustawie. W przypadku pojawienia się wątpliwości Komisja może zdecydować o zniesieniu anonimowości i zapoznaniu się z treścią pierwszej części dokumentu. Komisja podejmuje decyzję w ciągu dwóch miesięcy i jeśli stwierdzi, że nie dochowano wymogów proceduralnych określonych w art. 2 ust. 2 ustawy, przedstawia swą decyzję wraz z uzasadnieniem lekarzowi oraz wysyła kompletne akta sprawy i decyzją do kolegium medycznego. Kolegium w terminie miesiąca podejmuje decyzję, czy należy wszcząć postępowanie dyscyplinarne.

Natomiast w przypadku gdy Komisja stwierdzi, że nie przestrzegano wymogów podstawowych zawartych w art. 2 ust. 1 ustawy, przekazuje sprawę do prokuratury. Ustawodawca podzielił więc wymogi zgodnego z prawem zakończenia życia pacjenta na jego żądanie (czy to poprzez eutanazję czy też pomoc w samobójstwie) na wymogi istotne, których nieprzestrzeganie prowadzi do wszczęcia przeciwko lekarzowi postępowania karnego oraz na wymogi formalne, które powodują wszczęcie postępowania dyscyplinarnego. Pierwsza grupa wymogów odnosi się do żądania pacjenta – jego istnienia i sposobu wyrażenia oraz stanu zdrowia pacjenta, natomiast druga obejmuje obowiązki informacyjne i konsultacyjne.

V. Uwagi końcowe

Luksemburskie ustawodawstwo depenalizujące eutanazję i samobójstwo wspomagane jest trzecim z kolei tego rodzaju ustawodawstwem europejskim. Jest ono w dużym stopniu wzorowane na ustawach wprowadzonych wcześniej w Belgii i Holandii. Można jednak dostrzec elementy nowe. Po pierwsze, w ustawie luksemburskiej dokonano wyraźnego podziału wymogów przeprowadzenia eutanazji lub udzielenia pomocy w samobójstwie na te, które prowadzą do powstania odpowiedzialności karnej lekarza oraz te, które uruchamiają postępowanie dyscyplinarne. Po drugie, ustawodawca luksemburski kompleksowo zajął się tematyką dotyczącą końca życia człowieka, regulując obok eutanazji i samobójstwa wspomagane, także kwestie opieki paliatywnej, leczenia przeciwbólowego o podwójnym skutku,

uporczywej terapii oraz przerwania lub ograniczenia leczenia osób, które nie są już zdolne do wyrażenia woli.

Nie dokonując oceny depenalizacji na gruncie etycznym lub aksjologicznym, na jaką rozmiar niniejszego opracowania nie pozwala, można jednak stwierdzić, że pod względem pragmatycznym ustawodawstwo luksemburskie wprowadza odpowiednie zabezpieczenia w celu zapobieżenia ewentualnym nadużyciom, czyli dąży do wyeliminowania w możliwie największym stopniu sytuacji, w których eutanazja dokonywana byłaby bez zgody chorego lub na podstawie nieaktualnego oświadczenia.

Obecnie nie można jeszcze ocenić luksemburskiej praktyki wykonywania eutanazji i udzielania pomocy w samobójstwie, ponieważ nie istnieją wyniki żadnych badań pozwalające stwierdzić, czy ustawodawstwo Luksemburga wprowadziło zabezpieczenia, które zapobiegają nadużyciom. Najistotniejsze znaczenie w tym zakresie będzie mieć ocena, czy zabezpieczenia chronią przed dokonywaniem eutanazji bez wyraźnej i swobodnie wyrażonej zgody chorego. Jest to bowiem największe zagrożenie, jakie może się w tym zakresie pojawić; jest ono także powszechnie przywoływane przez przeciwników legalizacji praktyk eutanatycznych.

Natomiast na w pełni pozytywną ocenę zasługuje z pewnością wprowadzenie podmiotowego prawa do opieki paliatywnej. Zapewnienie właściwej i wszechstronnej opieki nad nieuleczalnie chorym posiada bowiem kluczowe znaczenie, by zapobiec formułowaniu żądań eutanatycznych przez osoby nie-mające dostępu do leczenia przeciwbólowego lub mające poczucie – z braku odpowiedniej opieki psychologicznej – że są ciężarem dla osób bliskich.